



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

Estimado (a): \_\_\_\_\_

Gracias por coordinar su estudio de electroencefalografía con nosotros. La cita para su electroencefalograma (EEG) ha sido fijada para el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ am / pm. Su estudio ha sido ordenado por el Dr. \_\_\_\_\_ y será realizado en nuestras instalaciones.

**Siga las instrucciones que se le dan a continuación para ayudar a proveerle una estadía más cómoda y unos resultados más seguros. Si tiene alguna duda o preguntas adicionales por favor comuníquese con nuestra oficina de lunes a viernes de 9 a.m. a 2 p.m.**

- Por favor, asegúrese de traer su cabello limpio y seco, además libre de cualquier gel, aceite o spray para el cabello, con un mínimo de maquillaje en su cara con muy poco o nada de crema base.
- Asegúrese de haber comido bien antes de llegar a realizarse el estudio – eliminando cafeína y alcohol ese día y las ocho (8) horas previas al estudio. No le será servido desayuno, almuerzo o cena.
- Duerma normalmente la noche antes del examen.
- En el caso de un niño(a), deberá venir acompañado el día del estudio por un adulto. NO se aceptan niños en el área de examen a menos que no sea el paciente. Niño menor de ocho (8) años debe ser dormido para el procedimiento.
- Si el estudio es dormido, deberá traer el medicamento ordenado por el médico. Deberá esperar que el técnico le indique cuando tomará el medicamento.
- No debe cambiar ni dejar de tomar sus medicamentos sin antes consultar a su médico.
- Utilice camisas o blusas con botones en la parte del frente.
- Recuerde traer la tarjeta del plan médico y el referido.
- La preparación para el estudio requiere que se le coloquen de 16 a 27 electrodos (pequeños discos de metal) en su cabeza para monitorear ondas cerebrales.
- No hay efectos secundarios a la prueba. Podrá continuar normalmente con su rutina diaria. Los resultados de la prueba estarán disponibles en o antes de diez días laborables. Se le notificará telefónicamente para que lo recoja en nuestra oficina.
- Recuerde que debe ser puntual

**POR FAVOR, notifiquenos con 24 horas de anticipación cualquier cambio o cancelación que desee. En este caso, nos permitirá asignarle esa fecha a otra persona que necesite realizarse el estudio de electroencefalografía con prontitud.**

Gracias por su cooperación y por permitirnos cuidarle su salud.



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

## Política de Privacidad

Queremos informarles que en American Sleep Centers, Inc., los doctores contratados por este Centro y todo su personal mantenemos un protocolo de privacidad en relación a la información personal de nuestros pacientes. La información no se comparte excepto lo permitido por Ley. Nosotros mantenemos la información física y electrónicamente con los procedimientos de seguridad de acuerdo a la Ley.

## Autorización

Autorizo a American Sleep Centers, Inc., a los doctores contratados por este Centro y todo su personal a tramitar la facturación a planes médicos utilizando la información personal necesaria para este propósito. El tipo de información que pueda incluir nombre, seguro social, dirección y los datos requeridos por Ley.

### ELECTROENCEFALOGRAFIA

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Expediente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

## Relevo de información con respecto a estudios del EEG

EEG Routine  EEG 24 hrs.  EEG con video

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Estudio: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los médicos autorizados a recibir información:

Dr. Héctor Miranda  
Neurólogo  
Hospital UPR Dr. Federico Trilla  
Carr. 3 Km 8.3 Ave. 65 de Infantería  
Carolina, PR 00984  
Tel.: 787-757-1800

Yo, por la presente autorizo a American Sleep Centers, Inc. a proporcionar a los médicos arriba identificados una copia de la información relacionada con los servicios provistos al paciente denominado arriba.

Esta autorización se considera inválida después (3) meses de la fecha de su firma. La persona que firma puede revocar esta autorización en cualquier momento solicitando la misma por escrito. Sin embargo, no podrá revocar la autorización retroactivamente por la información ya liberada.

**Firma Paciente:**  \_\_\_\_\_ **Fecha:**  \_\_\_\_\_

Si el paciente es incapaz de dar el consentimiento por algún otro factor.

Explique las razones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

---

### Uso de la compañía

**Representante:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

Fecha: \_\_\_\_\_

### Acuse de Recibo de las Prácticas de Privacidad

Por medio del presente documento reconozco que he recibido, leído y entendido la Política de Privacidad de American Sleep Centers, Inc.

Nombre del Paciente:  Firma del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal del Paciente: \_\_\_\_\_

*Para uso exclusivo de la oficina*

---

### Rechazos

El paciente recibió una copia de las Prácticas de Privacidad de American Sleep Centers, Inc. pero se negó a firmar el acuse de recibo de las mismas.

Razones alegadas y/o comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Firma del Empleado: \_\_\_\_\_



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para la entrega de resultados**

Estimado paciente:

Para proteger la confidencialidad de su información personal y médica de conformidad con la ley, solicitamos su autorización para enviar el resultado de su estudio para su lectura a:

\_\_\_\_\_ y/o enviar copia del resultado a su médico (favor especificar nombre) si así éste lo solicitara.

\_\_\_\_\_ Autorizo a que envíen mis resultados a:

\_\_\_\_\_ Recogeré mis resultados personalmente.

\_\_\_\_\_ Autorizo a que entreguen mi resultado a: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada para recoger resultados

Parentesco o relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\* Se requerirá identificación con fotografía de la persona que recoja los resultados.

Por favor, firme a continuación si está conforme con la selección que usted hizo.

Nombre del Paciente o Representante Legal:  \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal:  \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Firma del Empleado: \_\_\_\_\_



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

## Compromiso de Pago

Yo, , me responsabilizo y comprometo a pagarle a American Sleep Centers, Inc. la cantidad de **\$500.00**, por concepto de estudio de Electroencefalografía realizado en ese laboratorio, siempre y cuando el plan médico  no se responsabilice y/o efectúe dicho pago.

Firma:

Fecha:

Tel:



AMERICAN  
SLEEP  
CENTERS, INC.

**INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Trabaja Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y/o razón del estudio: \_\_\_\_\_

Doctor que refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Procedimiento que se le ordenó: EEG Routine / EEG 24 hrs. / EEG con video / Otro \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, notificar a: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha y hora tentativa para realizar el estudio: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Plan Médico Primario: \_\_\_\_\_ Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Plan Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Copia de la(s) tarjeta(s) de plan(es) médico(s):

